

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Tingkat Kebutuhan dan Harapan Masyarakat Terhadap Pelayanan
JAMKESMAS Kota Mojokerto

Ketua Peneliti

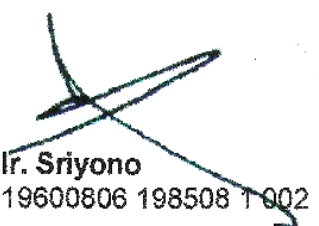
- a. Nama Lengkap : Achmad Zakaria, S.K.M., M.Kes.
- b. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
- c. Fakultas/Jurusan : Fakultas Ilmu Kesehatan
- d. Pusat Penelitian : Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum
- e. Alamat : PP. Darul Ulum Peterongan Jombang 61481
- f. Telpon/Fas/E-mail : zakariase@yahoo.com

Anggota Peneliti

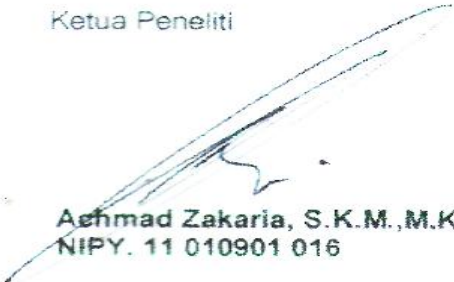
- 1. Uswatun Qoyyimah, S.S., M.Ed.
- 2. Abdul Ghofar, S.Kep., Nes., M.Pd.I.
- 3. Moh. Imsin Al Mustofa, SE.,MP
- 4. Drs. Moh. Yahya Ashari, M.Pd

Jombang, Agustus 2011

Mengetahui,
Kepala Balaibang Mojokerto


Ir. Sriyono
19600806 198508 1 002

Ketua Peneliti


Achmad Zakaria, S.K.M., M.Kes.
NIPY. 11 010901 016

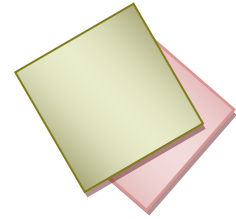
LAPORAN AKHIR PENELITIAN

TINGKAT KEBUTUHAN DAN HARAPAN MASYARAKAT TERHADAP PELAYANAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) KOTA MOJOKERTO



TIM PENYUSUN
PENELITIAN INI KERJASAMA ANTARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KOTA MOJOKERTO
DENGAN
LPPM UNIVERSITAS PESANTREN TNGGI DARUL ULUM
JOMBANG
2011

KATA PENGANTAR



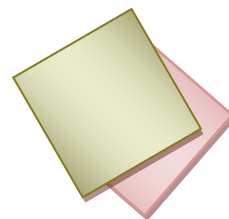
Kesehatan adalah Hak masyarakat yang menjadi kewajiban pemerintah kepada warganya terutama bagi masyarakat miskin. Sejak tahun 1997 pelayanan kesehatan bagi rakyat miskin telah dijalankan oleh pemerintah. Namun pada umumnya pemahaman program pelayanan hanya dipahami dalam kategori stakeholder pengambil kebijakan, pemberi pelayanan kesehatan dan pengelola dana. Sementara kebutuhan riil bagi masyarakat miskin masih banyak yang terabaikan.

Adanya evaluasi ini, diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu poin bahasan dalam penetapan kebijakan di bidang kesehatan dan rumah sakit. Sehingga dapat ditemukan jalan keluar yang efektif dan tepat sasaran sebagai upaya peningkatan kesehatan masyarakat berdasarkan kondisi real.

Semoga Laporan ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan. Masukan dan kritikan dari pembaca terhadap laporan ini sangat diharapkan guna penyempurnaan laporan. Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan laporan ini.

Jombang, Agustus 2011

DAFTAR ISI



Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel.....	vi
Daftar Gambar	vii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah	I - 1
1.2. Tujuan Penelitian	I - 5
1.3. Manfaat Penelitian	I - 5
1.4. Landasan Hukum.....	I - 6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi Evaluasi.....	II - 9
2.2. Kerangka Pikir Evaluasi	II - 10
2.3. Evaluasi Kebijakan Program Kesehatan	II - 11
2.4. Program dan Kepesertaan Jamkesmas	II - 12
2.5. Indikator Keberhasilan dan Pemantauan dan Evaluasi Program Jamkesmas	II - 13
2.5.1. Indikator Keberhasilan Program Jamkesmas.	II-13
2.5.2. Pemantauan dan Evaluasi.	II-15

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Data	III - 16
-----------------	----------

3.2. Tipe Penelitian	III - 16
3.3. Teknik Sampling	III - 16
3.4. Analisa Data	III - 16
3.5. Tenaga Ahli	III - 17
3.6. Jadwal Kegiatan	III - 17

BAB 4 HASIL PELAKSANAAN SURVEY

4.1. Observasi dan Identifikasi Wilayah Studi	IV - 18
4.2. Data Instansional.....	IV - 18
4.3. Data Hasil Wawancara	IV - 19
4.3.1. Umur Pengguna JAMKESMAS	IV - 20
4.3.2. Jenis Kelamin Pengguna JAMKESMAS.....	IV - 20
4.3.3. Waktu Mendapatkan Kartu Jamkesmas	IV - 20
4.3.4. Tingkat Pendidikan Pengguna JAMKESMAS.....	IV - 21
4.3.5. Prosedur Pelayanan Rumah Sakit.....	IV - 21
4.3.6. Pengaruh JAMKESMAS pada Segi Ekonomi	IV - 23
4.3.7. Pengaruh JAMKESMAS pada Segi Sosial	IV - 23
4.3.8. Penilaian Pelaksanaan JAMKESMAS DI Rumah Sakit dan Puskesmas secara Umum	IV - 24
4.3.9. Penilaian Pelayanan Loker UGD	IV - 24
4.3.10. Penilaian Pelayanan Rawat Jalan.....	IV - 25
4.3.11. Penilaian Prosedur Pelayanan Inap	IV - 25
4.3.12. Penilaian tempat rawat inap.....	IV-26
4.3.13. Penilaian pelayanan laboratorium.	IV-26
4.3.14. Penilaian pelayanan apotik.....	IV-27
4.3.15. Harapan responden terhadap bentuk pelayanan.....	IV-27
4.3.16. Harapan responden terhadap pelayanan.....	IV-27
4.3.17. Harapan pelayanan di loket.....	IV-27
4.3.18. Harapan pelayanan dokter.	IV-28

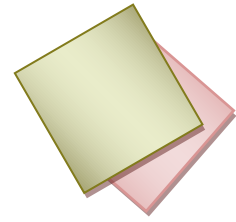
4.3.19. Harapan pelayanan perawat.....	IV-28
4.3.20. Harapan pelayanan apotik.....	IV-28
4.3.21. Harapan layanan laboratorium.	IV-28
4.4. Analisa Hasil Wawancara.....	IV-28

BAB 5 KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1. Kesimpulan	V – 32
5.2. Rekomendasi.....	V – 33

DAFTAR PUSTAKA.....	35
---------------------	----

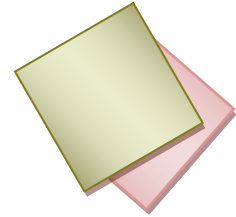
DAFTAR TABEL



Tabel 1.1. Data Jamkesmas..... I –2

Tabel 3.1. Jadwal Pelaksanaan PenelitianIII – 17

DAFTAR GAMBAR



Gambar 1.1.	Sarana kesehatan Kota Mojokerto 2008.....	I – 4
Gambar 2.1.	Alur Kepesertaan Jamkesmas	II – 13
Gambar 4.1.	Karakteristik Responden Berdasar Jenis Kelamin.....	IV – 20
Gambar 4.2.	Tahun Mendapatkan Kartu Jamkesmas.....	IV – 20
Gambar 4.3.	Karakteristik Responden Berdasar Tingkat Pendidikan.....	IV – 21
Gambar 4.4.	Penjelasan Cara Menggunakan Jamkesmas.....	IV – 21
Gambar 4.5.	Syarat Dokumen Lain	IV – 22
Gambar 4.6.	Pengaruh Jamkesmas dari Segi Ekonomi.....	IV – 23
Gambar 4.7.	Pengaruh Jamkesmas dari Segi Sosial.....	IV – 23
Gambar 4.8.	Penilaian Jamkesmas di RS dan Puskesmas.....	IV – 24
Gambar 4.9.	Penilaian Pelayanan Loker UGD.....	IV – 24
Gambar 4.10.	Penilaian Pelayanan Rawat Jalan.....	IV – 25
Gambar 4.11.	Penilaian Prosedur Pelayanan Rawat Inap.....	IV – 25
Gambar 4.12.	Penilaian Tempat Rawat Inap.....	IV – 26
Gambar 4.13.	Penilaian Pelayanan Laboratorium.....	IV – 26
Gambar 4.14.	Penilaian Pelayanan Apotik.....	IV – 27

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Visi Indonesia Sehat 2010 telah dinyatakan secara jelas bahwa gambaran masyarakat Indonesia yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang penduduknya, hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, dan memiliki derajat kesehatan yang optimal. Tiga pilar perhatian khusus dalam Visi Indonesia Sehat 2010 ini adalah lingkungan sehat, perilaku hidup sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata.

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.

Jamkesmas (akronim dari Jaminan Kesehatan Masyarakat) adalah sebuah program asuransi kesehatan sejak 2004. Pada tahun 2009 program ini mendanai biaya kesehatan untuk 76,4 juta penduduk ini termasuk sekitar 2,650 juta anak terlantar, penghuni panti jompo, tunawisma dan penduduk yang tidak memiliki kartu tanda penduduk.

Data Jamkesmas

Tahun	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Jumlah penduduk sasaran (juta)		36,14	60	76,4	76,4	76,4	76,4
Anggaran (Rp Triliun)		2,23	2,6	2,8	3,6	3,6	5,1

Menurut Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang Undang Nomor 23/1992 tentang kesehatan., menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS 2007).

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan.

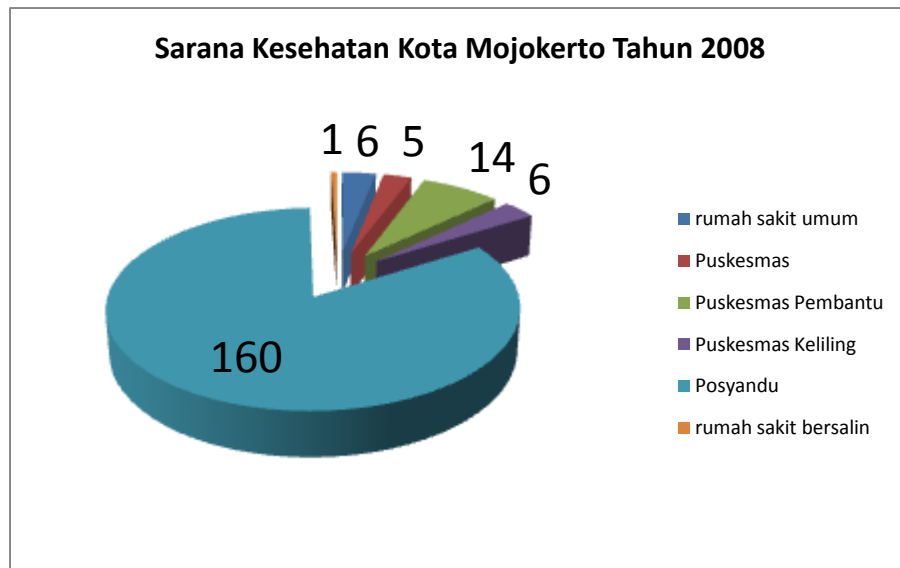
Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai factor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai factor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, konsisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal agenda 100 hari.

Pemerintah Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM), indikator status kesehatan merupakan salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan per kapita. Dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya utama untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang pada gilirannya mendukung percepatan pembangunan nasional.

Berbagai upaya penanganan terhadap masalah kesehatan masyarakat miskin telah dilakukan, baik melalui upaya penyediaan sarana pelayanan kesehatan dasar (*supply oriented*) maupun upaya penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin berbasis beneficiary (*demand oriented*).

Jumlah sarana kesehatan di Kota Mojokerto pada tahun 2008 memiliki 6 Rumah Sakit Umum, 5 Puskesmas, 14 Puskesmas Pembantu, 6 buah Puskesmas Keliling, 160 Posyandu dan 1 buah Rumah Sakit Bersalin, hal ini dapat dilihat pada tabel 2.26 dan table 2.27.



Gambar 1. Sarana Kesehatan Kota Mojokerto Tahun 2008

Data dari Dinas Kesehatan Kota Mojokerto pada table 2.28 terlihat tingkat kunjungan ke Puskesmas, pada tahun 2008 terjadi penurunan disbanding tahun sebelumnya sebesar 137,368. Sedangkan banyaknya pasien berdasarkan klasifikasi jenis penyakit tertinggi adalah jenis penyakit infeksi Akut lain pada aliran pernafasan mencapai 39,658 orang kemudian

penyakin tekanan darah tinggi sebesar 21.973 jumlah tersebut meningkat disbanding tahun 2007 yang hanya 12.613 orang.

Menurut Azwar:1995 pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, perseorangan keluarga, kelompok dan atau masyarakat.

1.2. Tujuan Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti mempunyai tujuan sebagai berikut :

- a. Mengetahui kepuasan konsumen/masyarakat pengguna selama menjadi anggota jamkesmas.
- b. Mengetahui kendala-kendala apa yang dihadapi sebagai pengguna Jamkesmas.
- c. Mengetahui kebutuhan/sistem/prosedur yang diinginkan masyarakat terhadap Jamkesmas.

1.3. Manfaat penelitian

Adapun manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi pengambil kebijakan (policy maker)

Dari hasil penelitian ini, maka dapat diketahui tingkat kepuasan pengguna asuransi kesehatan Jamkesmas, pemerintah Kota Mojokerto dapat mengetahui faktor-faktor apa yang mempengaruhi kepuasan pasien pengguna asuransi kesehatan Jamkesmas dan meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien untuk masa depan masyarakat Kota Mojokerto.

2. Bagi akademik

Dapat digunakan sebagai sumber informasi atau dapat dipakai sebagai data sekunder bagi peneliti berikutnya yang ingin mengembangkan tentang kualitas pelayanan.

3. Bagi masyarakat

Masyarakat dapat menerima pola Jamkesmas sesuai dengan yang diinginkan.

1.4. Landasan Hukum

Pelaksanaan program JAMKESMAS berdasarkan pada :

1. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak.
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495)
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286)
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang pembendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355)

5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400)
6. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 116, Tambahan Lembaran Negara No. 4431)
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang perubahan atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara No. 4548)
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637)
9. Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4778)
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 No. 49, Tambahan Lembarana Negara Nomor 3637)
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintahan Daerah

Propinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737)

12. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 No. 89, Tambahan Lembaran Negara No. 4741)
13. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementrian Negara Republik Indonesia, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden No. 94 Tahun 2006.
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

TINJAUAN PUSTAKA



2.1. Definisi Evaluasi

Definisi atau pengertian evaluasi dapat dikemukakan menurut pandangan-pandangan beberapa ahli, antara lain sebagai berikut :

Pengertian evaluasi menurut Stufflebeam yang di kutip oleh Ansyar (1989) bahwa evaluasi adalah proses memperoleh dan menyajikan informasi yang berguna untuk mempertimbangkan alternatif-alternatif pengambilan keputusan. Sedangkan Djaali, Mulyono dan Ramli (2000) mendefinisikan bahwa Evaluasi sebagai proses menilai sesuatu berdasarkan standar objektif yang telah ditetapkan kemudian diambil keputusan atas obyek yang dievaluasi.

Evaluation is a systematic way of learning from experience and using the lesson learned to improve current activities and promote better planning by careful selection of alternatives for the future action. This involve a critical analysis of different aspects of development and implementation of a programme, its relevance, its formulation, its efficiency and effectiveness, its costs and its acceptance by all parties involved (WHO, 1981). Atau suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelajaran yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan masa datang.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa *evaluasi adalah prosedur penilaian dari efektifitas, efisiensi, akseptibilitas, pelaksanaan kerja dan*

hasil kerja secara menyeluruh dengan cara sistematis dengan membandingkan kriteria atau tujuan yang telah ditetapkan guna pengambilan keputusan.

2.2. Kerangka Pikir Evaluasi

Kerangka berfikir dalam evaluasi merupakan gambaran pola berfikir seorang evaluator dalam memformulasikan kriteria dan informasi yang diperlukan, kemudian berakhir dengan mengkomunikasikan hasil.

Kerangka berfikir merupakan jantung dari seluruh proses kegiatan evaluasi. Secara umum rancang bangun kegiatan evaluasi dapat dibedakan atas empat tahap.

Tahap 1.

Formulasi kriteria-kriteria dan informasi yang diperlukan untuk menilai keberhasilan program.

Tahap 2.

Mengolah dan analisis data untuk evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan performance dengan tujuan program melalui kriteria tertentu.

Tahap 3.

Menilai keberhasilan merupakan kegiatan yang kritis dan sulit. Karena pada tahap ini seorang evaluator dituntut untuk menilai keberhasilan program. Suatu standart dari indikator keberhasilan harus ada. Beberapa alasan kenapa tahap ini sulit dan kritis, antara lain :

- Beberapa kegiatan dibidang kesehatan kadang-kadang dijumpai beberapa program-program dimana sulit ditemukan indikator keberhasilannya. Misalnya program terpadu, program kerjasama lintas sector ataupun adanya peran aktif masyarakat. Untuk itu perlu adanya usaha khusus sehingga program dapat dievaluasi.

- Hasil evaluasi dapat memberikan akibat kurang baik terhadap pelaksanaan ataupun pengambilan keputusan.

Tahap 4.

Komunikasi hasil kepada mereka yang memerlukan.

2.3. Evaluasi Kebijakan Program Kesehatan

Pengertian

Evaluasi yang berkaitan dengan produksi informasi yang berkaitan dengan nilai keberhasilan pencapaian atau manfaat hasil kebijakan dan program. Karena hasil tersebut memberikan sumbangan pada tujuan atau sasaran. Dalam arti apakah kebijakan atau program telah mencapai tingkat kinerja yang bermakna, yang berarti bahwa kebijakan yang dibuat telah jelas dan dijalankan oleh penanggung jawab program sebagaimana ditetapkan dalam kebijakan serta masalah dapat diselesaikan atau tidak. (Djoko Wijono, 2007)

Ciri-ciri evaluasi kebijakan program kesehatan :

1. Fokus pada nilai

Evaluasi berbeda dengan pemantauan (monitoring). Evaluasi dipusatkan pada penilaian menyangkut keperluan atau nilai dari suatu kebijakan dan program. Evaluasi terutama merupakan usaha untuk menentukan manfaat atau kegunaan sosial dari kebijakan atau program, dan bukan sekedar usaha untuk mengumpulkan informasi mengenai hasil aksi kebijakan yang terantisipasi dan tidak terantisipasi.

2. Fakta dan nilai

Evaluasi tergantung pada "fakta" maupun "nilai". Untuk menyatakan bahwa secara faktual, kebijakan atau program tertentu telah mencapai tingkat kinerja yang tertinggi (atau rendah), tidak hanya perlu diketahui bahwa hasil kebijakan itu bermanfaat bagi

penduduk sasaran, namun juga harus didukung oleh bukti bahwa hasil tersebut secara aktual berkaitan dengan kegiatan atau program yang dilakukan untuk memecahkan masalah tertentu. Oleh karena itu pemantauan merupakan persyaratan bagi evaluasi.

3. Orientasi pada masa kini dan masa lampau

Tuntutan evaluatif, diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu, ketimbang hasil di masa depan. Evaluasi bersifat retrospektif dan setelah kegiatan dilakukan (*ex post*). Rekomendasi yang juga mencakup premis-premis nilai, bersifat prospektif dan dibuat sebelum kegiatan dilakukan (*ex ante*).

4. Dualitas nilai

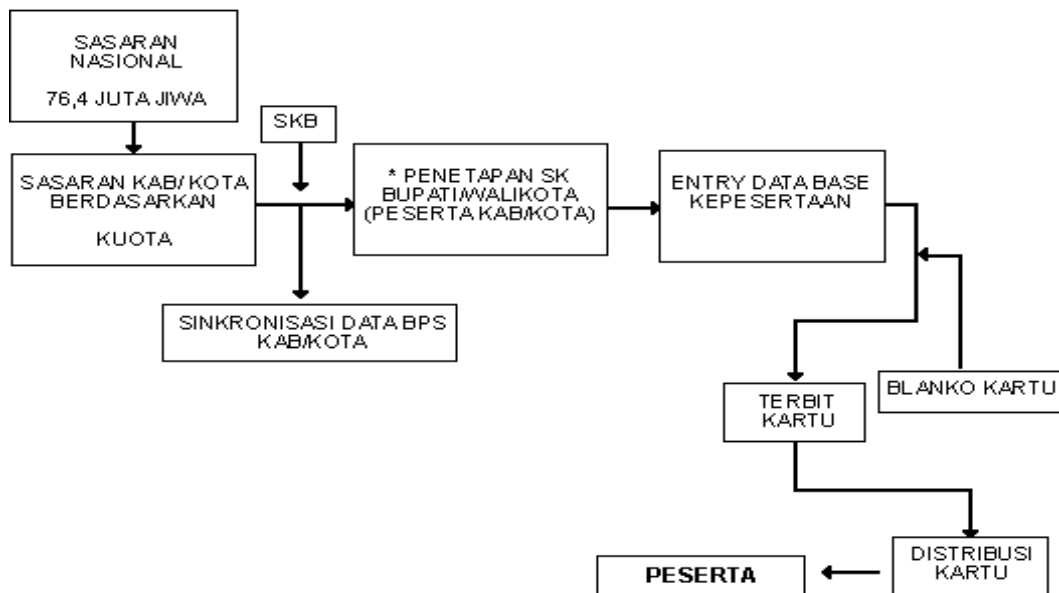
Nilai yang diperoleh mempunyai karakter ganda, karena dapat dipandang sebagai tujuan sekaligus sebagai suatu pendekatan evaluasi sama dengan rekomendasi sejauh berkenaan dengan nilai yang ada, misalnya kesehatan dapat dianggap sebagai intrinsik (yang diperlukan bagi dirinya) ataupun ekstrinsik (diperlukan karena hal itu mempengaruhi pencapaian tujuan lain, misal produktivitas kerja).

2.4. Program dan Kepesertaan JAMKESMAS

JAMKESMAS (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin / JPKMM) dan Maskin merupakan salah satu bentuk bantuan pemerintah untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan penduduk miskin.

Peserta JAMKESMAS adalah seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu yang ada di seluruh Indonesia, namun tidak semua masyarakat miskin dan tidak mampu bisa ikut dalam kepesertaan JAMKESMAS karena adanya keterbatasan kuota pada setiap kabupaten/kota. Adapun alur

kepesertaan JAMKESMAS dapat dilihat dalam Gambar 2.1.



Gambar 2.1 Alur Kepesertaan JAMKESMAS (Depkes RI, 2008)

2.5. Indikator Keberhasilan dan Pemantauan dan Evaluasi Program JAMKESMAS

2.5.1. Indikator Keberhasilan Program JAMKESMAS

A. Indikator Input

Untuk indikator input yang akan dinilai yaitu:

- 1) Adanya tim koordinasi JAMKESMAS di tingkat pusat / propinsi/ kabupaten / kota.
- 2) Adanya tim pengelola JAMKESMAS di tingkat pusat / propinsi/ kabupaten / kota.
- 3) Adanya pelaksana verifikasi di semua rumah sakit
- 4) Tersedianya anggaran untuk manajemen operasional
- 5) Tersedianya APBD untuk maskin diluar Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)

B. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu:

- 1) Adanya database kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota
- 2) Tercapainya distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS 100%
- 3) Pelaksanaan Tarif Paket JAMKESMAS di RS
- 4) Penyampaian klaim yang tepat waktu
- 5) Pelaporan yang tepat waktu

C. Indikator Output

Untuk indikator output yang diinginkan dari program ini yaitu :

- a. Peningkatan cakupan kepesertaan dengan indikator yaitu:
 - 1) 100% Kabupaten/Kota mempunyai data base kepesertaan
 - 2) Cakupan kepemilikan kartu 100%
- b. Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan dengan indikator :
 - 1) Kewajaran tingkat Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - 2) Kewajaran tingkat rujukan dari PPK I ke PPK II/III
 - 3) Kewajaran Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
 - 4) Kewajaran Kunjungan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
 - 5) Ketepatan mekanisme pembayaran dengan penggunaan Tarif Paket JAMKESMAS di RS
- c. Kecepatan pembayaran Klaim dan meminimalisasi penyimpangan, dengan indikator :
 - 1) Klaim diajukan setiap hari Jum'at
 - 2) Pembayaran klaim selambat-lambatnya 7 hari setelah tanggal berita acara verifikasi di Depkes
 - 3) Peningkatan transparansi dan akuntabilitas

2.5.2. Pemantauan dan Evaluasi

1. Tujuan pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan Program Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan.

2. Ruang lingkup pemantauan dan evaluasi

- a. Pendataan masyarakat miskin meliputi data base kepesertaan, kepemilikan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), dokumentasi dan penanganan keluhan.
- b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan masyarakat miskin ke Puskesmas dan Rumah Sakit, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap
- c. Pelaksanaan penyaluran dana meliputi pencairan dana ke Puskesmas, verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana ke Rumah Sakit, pertanggungjawaban keuangan

3. Mekanisme pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dan evaluasi diarahkan agar pelaksanaan program berjalan secara efektif dan efisien sesuai prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Pemantauan merupakan bagian program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota. Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik bulanan, triwulanan, semester maupun tahunan, melalui :

- a. Pertemuan dan koordinasi
- b. Pengelolaan Pelaporan Program (pengolahan dan Analisis)
- c. Kunjungan lapangan dan supervisi
- d. Penelitian langsung (survei/kajian)

METODOLOGI PENELITIAN



3.1. Data

Data terdiri dari 2 (dua) jenis yakni data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh langsung melalui wawancara dengan daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan kepada masing-masing pengguna Jamkesmas. Kemudian dari data tersebut dilakukan triangulasi kepada petugas pelaksana Jamkesmas tentang data yang diperoleh dari pengguna. Sedangkan data sekundernya diperoleh melalui kantor Dinas Kesehatan dan Puskesmas Kota Mojokerto.

3.2. Tipe Penelitian

Tipe penelitian ini adalah deskriptif, dengan memberikan gambaran tentang kebutuhan masyarakat seputar masalah Jamkesmas.

3.3. Teknik Sampling

Data diperoleh melalui survei dengan proses pengambilan sampel secara bertahap, yakni pertama dilakukan sampel secara stratified random sampling pada masyarakat pengguna Jamkesmas baik desa maupun kota. Kemudian dari strata desa dan kota tersebut dilakukan pengambilan sampel secara random dengan alokasi proporsional.

Setelah data diperoleh melalui pengguna Jamkesmas kemudian dilakukan triangulasi pada beberapa pelaksana atau petugas Jamkesmas.

3.4. Analisa Data

Data dianalisis menggunakan Analisis Rona Fisik dan Diagram Piecard. Analisis Rona Fisik menghimpun pendapat-pendapat masyarakat tentang kebutuhan Jamkesmas yang diharapkan disajikan dalam tabel matrik. Sedangkan Diagram Piecard yaitu penyajian yang menggunakan diagram-diagram dan menggambarkan prosentase kelompok masyarakat yang membutuhkan program Jamkesmas. Sedangkan penyajiannya disajikan dalam bentuk peta digital.

3.5. Tenaga Ahli

Tenaga ahli yang dibutuhkan untuk kegiatan ini meliputi:

1. 1 (satu) orang ahli kesehatan dengan kualifikasi S1 Kesehatan Masyarakat pengalaman minimal 5 (lima) tahun.
2. 1 (satu) orang ahli Psikologi dengan kualifikasi S1 Psikologi pengalaman minimal 5 (lima) tahun.
3. 1 (satu) orang Tenaga administrasi dan komputer dengan kualifikasi D3 pengalaman minimal 3 (tiga) tahun.
4. 3 (tiga) orang Tenaga Surveyor dengan kualifikasi D3 pengalaman minimal 3 (tiga) tahun.

3.6. Jadwal Kegiatan

Kegiatan penelitian Tingkat kebutuhan dan Harapan Masyarakat Terhadap Pelayanan Masyarakat (Jamkesmas) Kota Mojokerto dijadwalkan akan selesai selama 4 (empat) bulan. Adapun rincian jadwal kegiatan ini adalah sebagai berikut:

No	Uraian	Bulan Ke															
		1				2				3				4			
1	Persiapan	■															
2	Laporan Pendahuluan		■														
3	Pengumpulan Data			■	■	■	■										
4	Kompliasi Data					■	■	■	■								
5	Analisis									■	■	■					
6	Perumusan Laporan Akhir											■	■	■			
7	Seminar Diskusi													■			
8	Laporan Akhir														■	■	■

Tabel 1.

Jadwal Pelaksanaan Penelitian

HASIL PELAKSANAAN SURVEY

4.1. Observasi dan Identifikasi Wilayah Studi

Observasi dan identifikasi dilakukan pada wilayah studi (RS dr Wahidin Sudiro Husodo dan Puskesmas di wilayah kota Mojokerto) dengan metode survey instansional dan survey lapangan. Beberapa hasil survey diuraikan secara rinci pada lampiran. Sebagai wajah rangkuman hasil observasi dan identifikasi, berikut adalah matrik data hasil deskripsi dan pengamatan lapangan dari beberapa lokasi pengamatan yang dianggap mewakili kondisi lapangan.

4.2. Data Instansional

Pelayanan kesehatan penduduk Kota Mojokerto direpresentasikan dalam keberadaan sarana prasarana kesehatan yang ada di Kota Mojokerto . Dengan jumlah penduduk yang mencapai 112.542 jiwa, pelayanan kesehatan masyarakat Kota Mojokerto dilayani oleh beberapa sarana layanan kesehatan. Terdapat sekitar 5 Puskesmas yang tersebar di Kota Mojokerto ditunjang dengan keberadaan 6 Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum Daerah serta keberadaan Dinas Kesehatan dan Balai Pelatihan Kesehatan.

Peningkatan pelayanan masyarakat kurang mampu diwujudkan dalam realisasi program JAMKESMAS. Berikut ini adalah jumlah pelayanan

JAMKESMAS di tiap Kecamatan melalui Kuota JAMKESMAS dibandingkan dengan jumlah keluarga miskin di Kota Mojokerto sebanyak 4.984 dengan jumlah anggota keluarga sebanyak 17.912.

4.3. Data Hasil Wawancara

Wawancara langsung pada pasien maskin pengguna pelayanan JAMKESMAS di rumah sakit maupun Puskesmas di wilayah Kota Mojokerto, meliputi pelayanan mulai dari pelayanan di loket, ruang rawat jalan, rawat inap, apotik dan laboratorium melalui panduan pengisian koesioner.

Pengisian kuesioner direncanakan sebanyak 215 responden yang terdiri dari 108 responden peserta JAMKESMAS dari Rumah Sakit dan 107 responden peserta JAMKESMAS dari Puskesmas. Pada saat pelaksanaan pengisian kuesioner, didapatkan 215 responden peserta JAMKESMAS yang memanfaatkan kartu JAMKESMAS di Kota Mojokerto (RSUD dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto), terdiri dari 108 responden dari Rumah Sakit Kota Mojokerto, 107 responden dari Puskesmas Kota Mojokerto.

Sedangkan data sekunder meliputi alur pelayanan pasien JAMKESMAS dan Maskin, dan data kunjungan pasien JAMKESMAS pada periode enam bulan terakhir. Jumlah kunjungan di . Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto selama periode Januari – Juni tahun 2011, menunjukkan dominasi dari pasien-pasien lama, baik itu pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap.

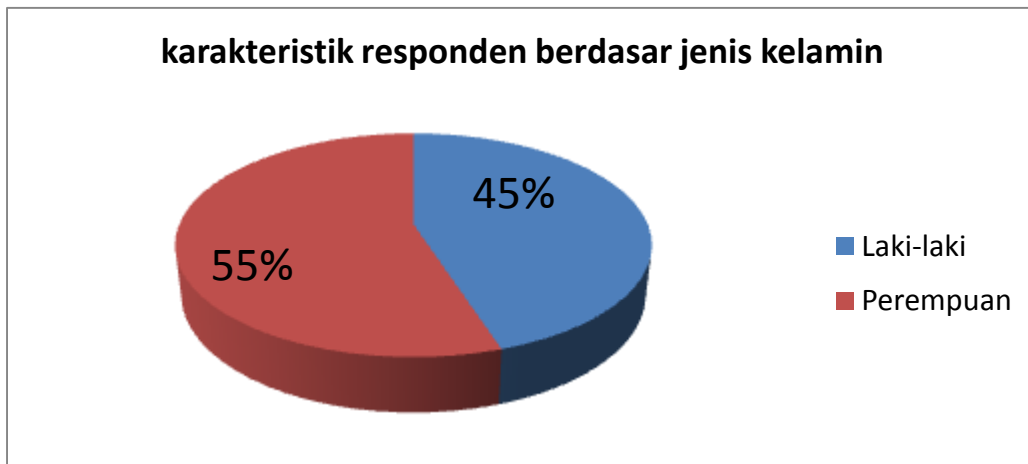
Berikut ini adalah hasil dari wawancara yang sudah dilakukan terhadap pasien pengguna layanan JAMKESMAS RS. Dr. Wahidin Sudiro Husodo dan Puskesmas Kota Mojokerto terkait dengan pelaksanaan program JAMKESMAS selama ini.

4.3.1. Umur pengguna JAMKESMAS

Dari hasil wawancara terhadap 215 responden pengguna JAMKESMAS diperoleh informasi bahwa rata-rata umur pengguna JAMKESMAS adalah 43 tahun, dengan usia termuda 18 tahun dan usia tertua 79 tahun.

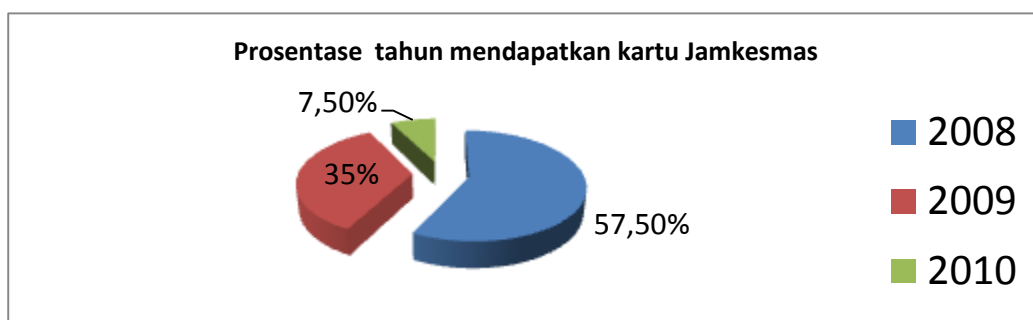
4.3.2. Jenis Kelamin pengguna JAMKESMAS

Proporsi jenis kelamin pengguna JAMKESMAS di Kota Mojokerto berdasarkan hasil wawancara terhadap responden adalah laki-laki 45 % dan perempuan 55%.



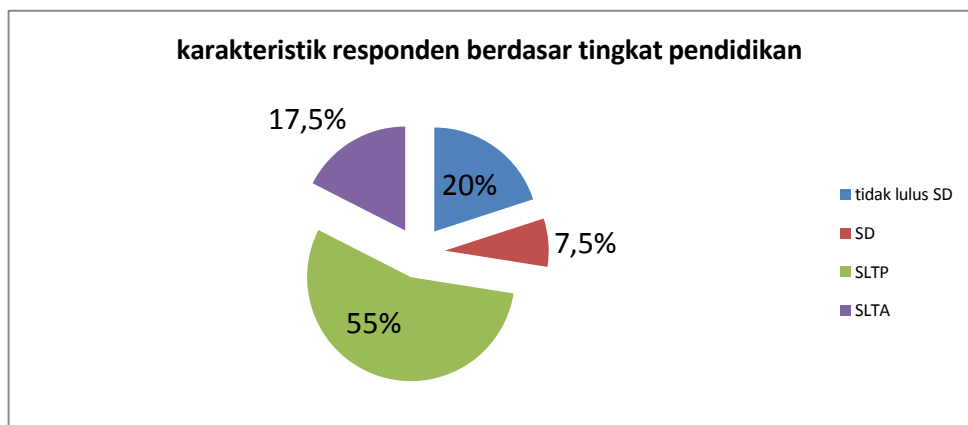
4.3.3. Waktu Mendapatkan Kartu JAMKESMAS

Dari 215 responden yang di wawancarai ditemukan bahwa lebih dari separuh atau 57,5% kartu JAMKESMAS didapatkan pada tahun 2008, sedangkan selebihnya di dapatkan pada tahun 2009 dan 2010.



4.3.4. Data tingkat pendidikan pengguna JAMKESMAS

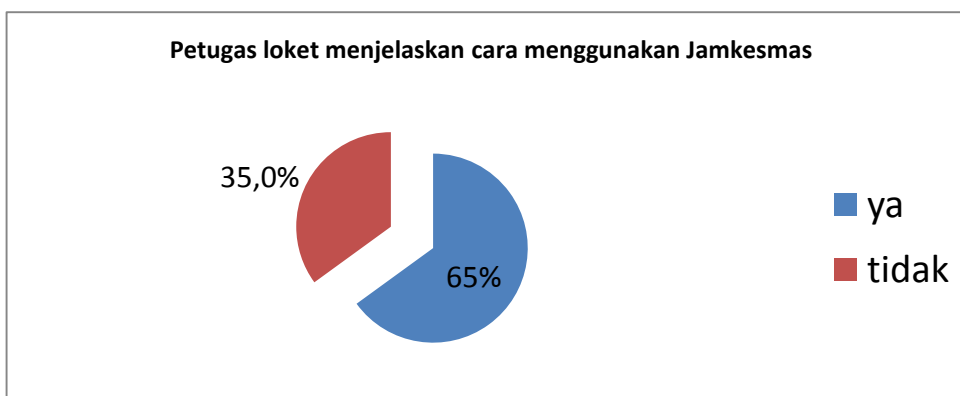
Berdasarkan tingkat pendidikan pengguna JAMKESMAS di Kota Mojokerto adalah sebagian besar 55 % adalah SLTP, 20 % tidak lulus SD, selebihnya SLTA.



4.3.5. Prosedur Pelayanan Rumah Sakit

1. Petugas Loker Menjelaskan cara Penggunaan Kartu JAMKESMAS

Berdasarkan hasil survey, 65% responden mengatakan bahwa petugas memberikan penjelasan tentang tata cara Penggunaan Kartu JAMKESMAS. Masih terdapat 35% responden tidak mendapat penjelasan dari petugas, karena dianggap sudah memahami prosedurnya.



2. Petugas Loker Menanyakan Alamat Domisili

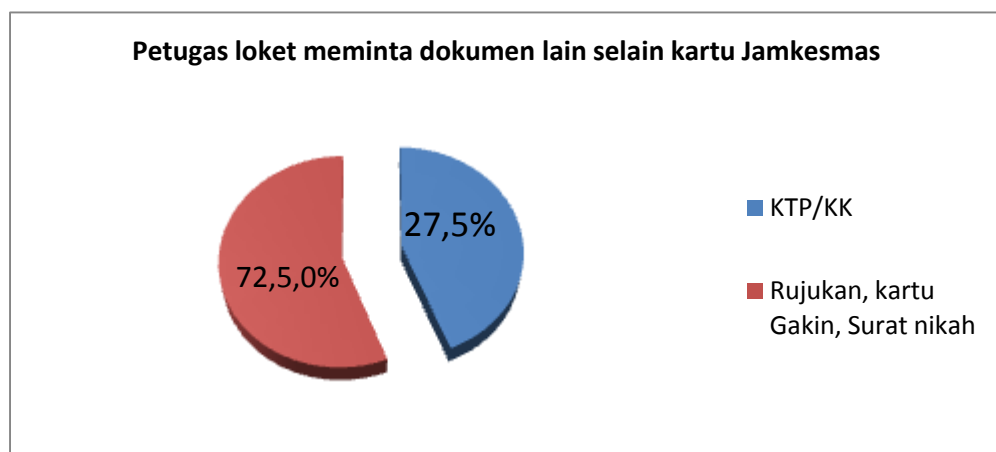
Berdasarkan hasil survey, 100% responden mengatakan bahwa petugas loket menanyakan alamat domisili pasien.

3. Petugas Loker Meminta Menunjukkan Kartu JAMKESMAS

Dari hasil survey menunjukkan, 100% responden diminta petugas loket menunjukkan Kartu JAMKESMASnya.

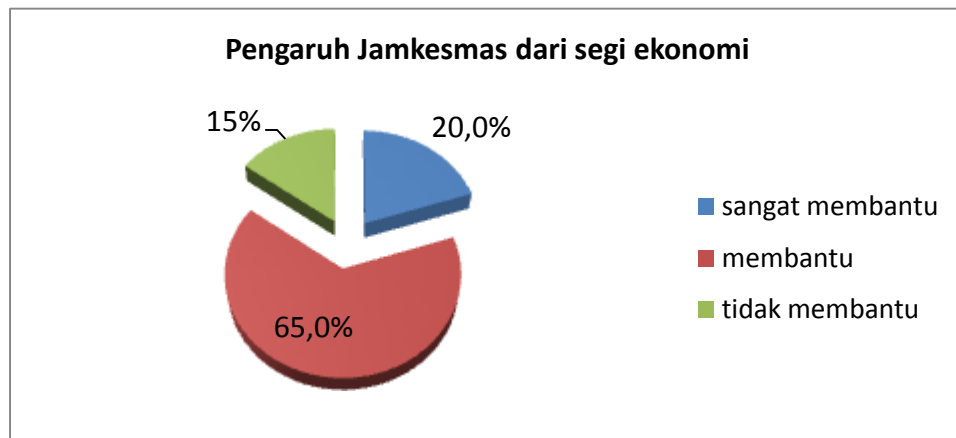
4. Petugas Loker Meminta Kelengkapan Administrasi Selain Kartu JAMKESMAS

Selain Kartu JAMKESMAS, biasanya petugas loket juga meminta kelengkapan-kelengkapan administrasi lainnya. Berdasarkan hasil survey, sebanyak 72,5% responden diminta kelengkapan lainnya, misalnya rujukan, kartu Gakin dan surat nikah. Sedangkan sisanya 27,50% responden diminta kelengkapan lainnya selain yaitu foto copy KTP dan KK.



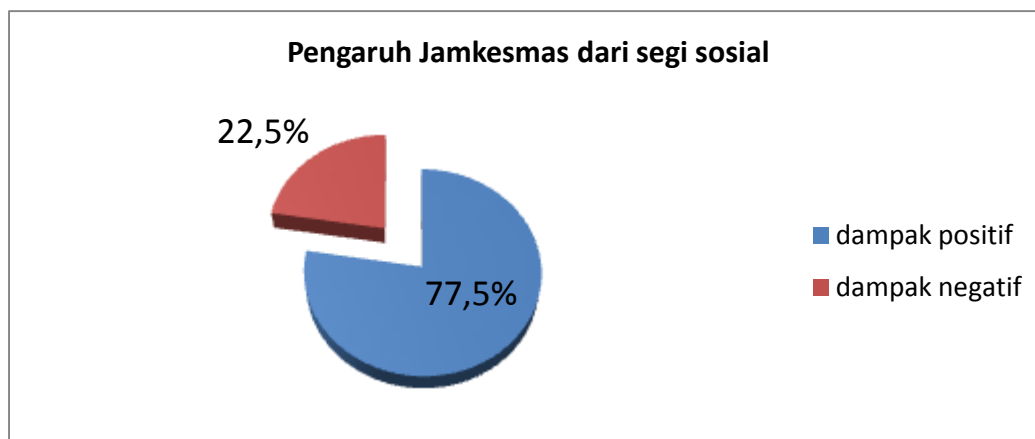
4.3.6. Pengaruh JAMKESMAS pada segi ekonomi

JAMKESMAS berpengaruh besar pada perekonomian masyarakat Kota Mojokerto. Menurut hasil survey, bagi 65% responden menyatakan adanya JAMKESMAS dapat meringankan beban biaya pengobatan dan 20% menyatakan sangat membantu meringankan biaya pengobatan. Sedang sisanya sebanyak 15% responden tidak berpengaruh terhadap ekonomi keluarga.



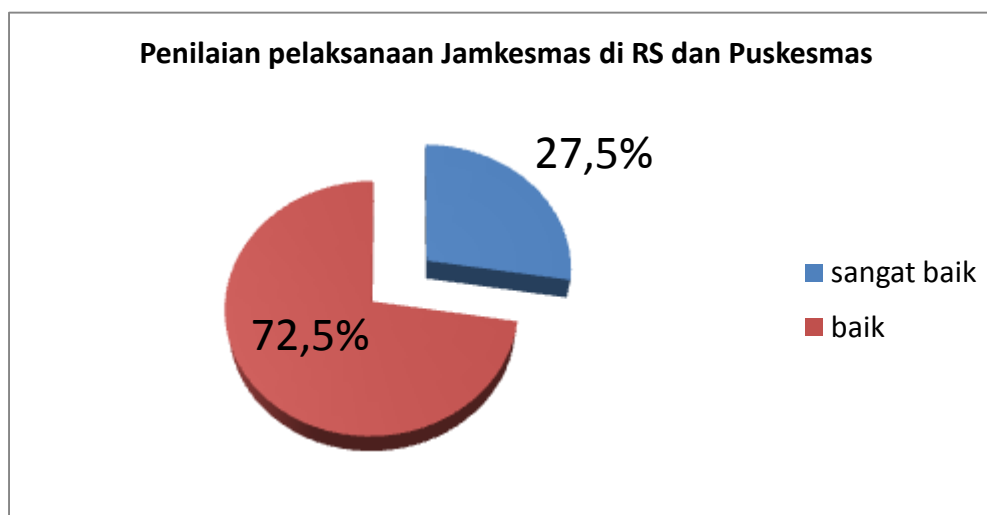
4.3.7. Pengaruh JAMKESMAS pada Segi Sosial

Berdasarkan hasil survey, 22,5% responden menyatakan bahwa mereka merasakan dampak negatif bagi dirinya sendiri maupun bagi keluarganya. Sedangkan sebagian besar responden sebanyak 77,5% tidak berdampak secara sosial.



4.3.8. Penilaian pelaksanaan JAMKESMAS di Rumah sakit dan Puskesmas secara umum

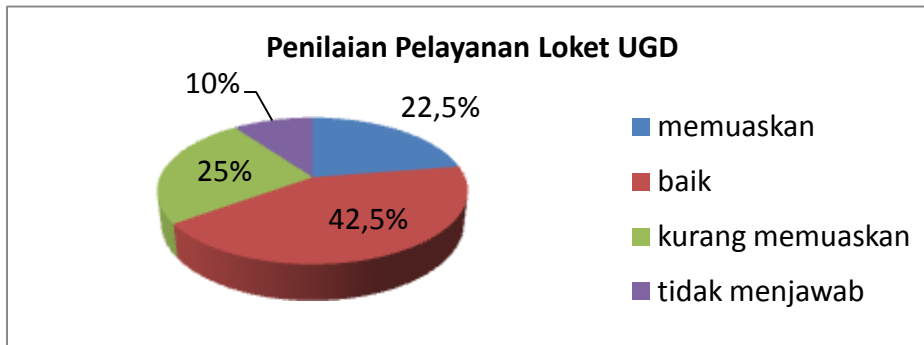
Berdasarkan penilaian responden terhadap pelaksanaan JAMKESMAS di Rumah Sakit dan Puskesmas menurut pengalaman yang diterima dari unit-unit yang ada, mulai dari Loker, Rawat Jalan, UGD, Rawat inap, Apotik dan Laboratorium diperoleh hasil bahwa 27,5 % menyatakan sangat baik, sedangkan 72,5% menyatakan cukup baik.



4.3.9. Penilaian pelayanan loket UGD

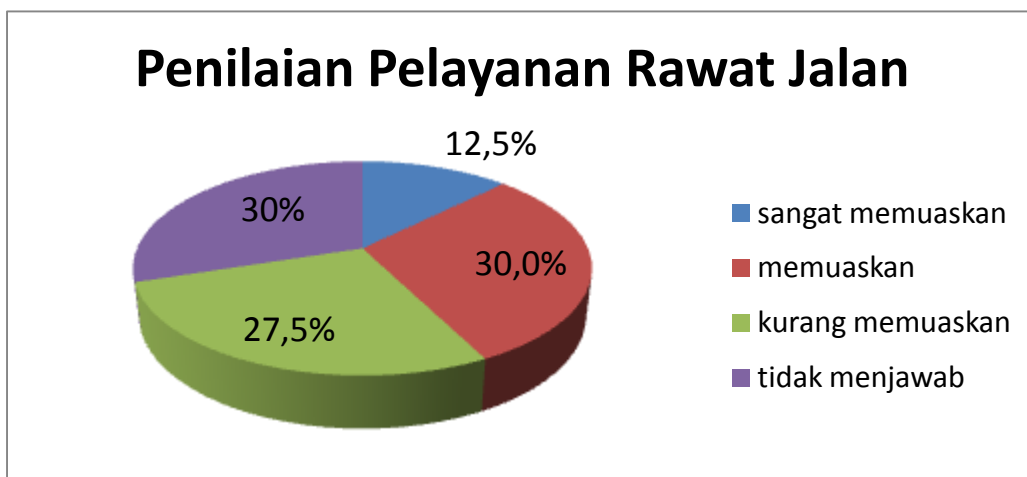
Penilaian pelayanan di loket UGD berdasarkan data yang didapat dari responden menunjukkan bahwa sekitar 42,5% sudah baik dan 22,5%

menyatakan pelayanan memuaskan, namun 25% menyatakan pelayanan kurang memuaskan meliputi kurang cepat, kurang ramah dan kurang bagus. Sedangkan 10% tidak menjawab.



4.3.10. Penilaian pelayanan rawat jalan

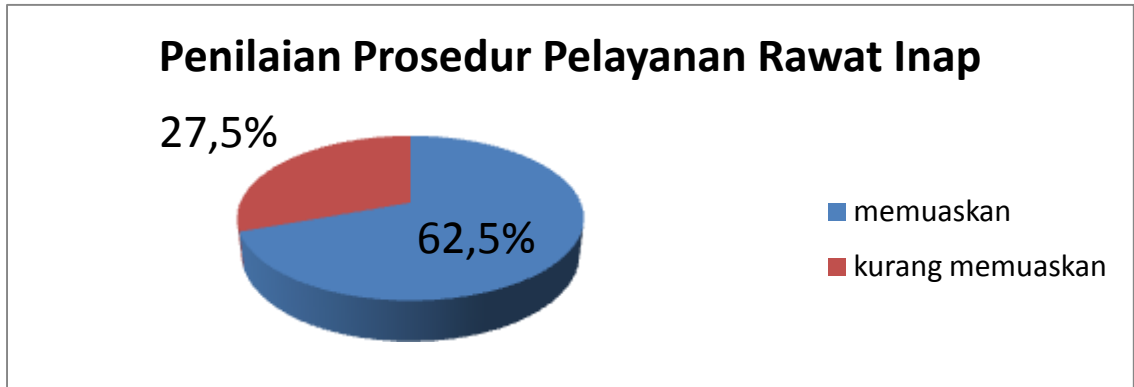
Menurut hasil wawancara mengenai penilaian terhadap pelayanan rawat jalan baik di rumah sakit dan Puskesmas, di dapatkan hasil 30% memuaskan (baik, bersih, enak dan rapi). Sedangkan 67,5% kurang memuaskan (dinomorduakan). Sedangkan 30% responden tidak menjawab.



4.3.11. Penilaian terhadap prosedur pelayanan rawat inap

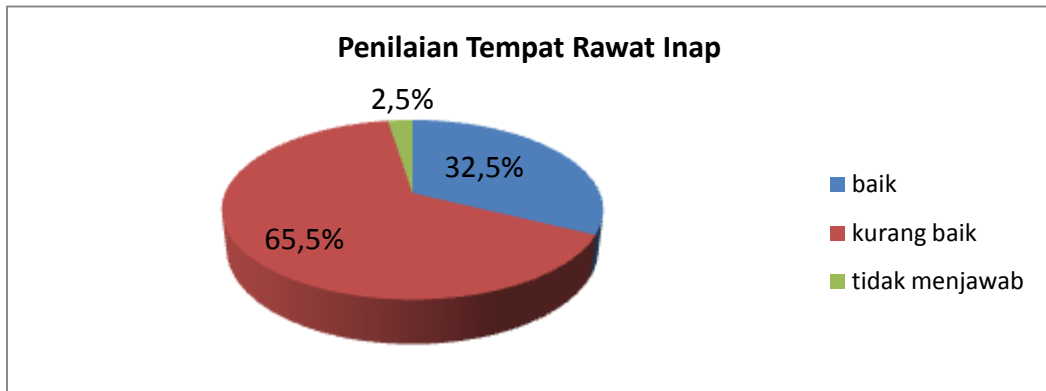
Berdasarkan hasil wawancara terhadap responden terhadap penilaian prosedur pelayanan rawat inap di rumah sakit, didapatkan hasil 62,5% memuaskan (cepat ditangani, tidak berbelit-belit, pelayanan

mudah) dan 27,5% kurang memuaskan (tempat sempit, terlalu banyak pasien, kurang ramah).



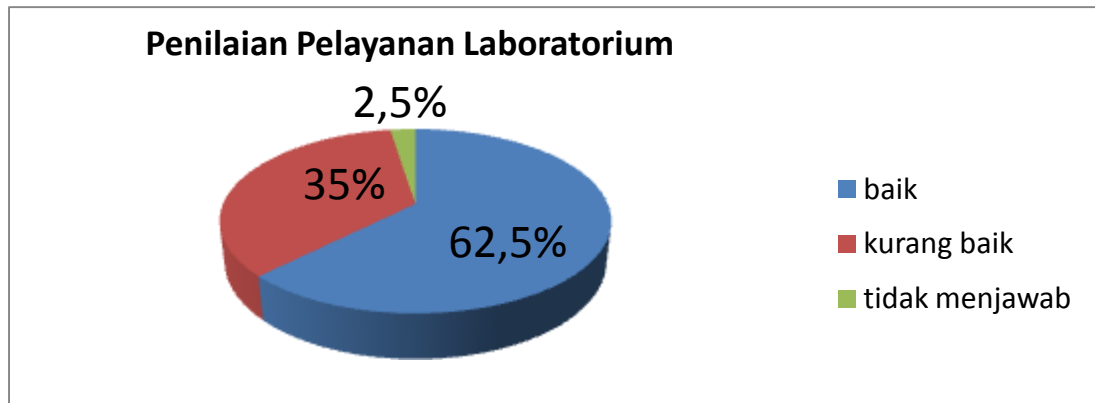
4.3.12. Penilaian tempat rawat inap

Dari wawancara mengenai kondisi tempat rawat inap 32,5% responden menyatakan baik (bersih, enak dan rapi). Namun 65,5% responden menyatakan kurang baik (kurang bersih, kurang nyaman, kurang rapi, pasien banyak dan gaduh). Sebanyak 2,5% responden tidak menjawab.



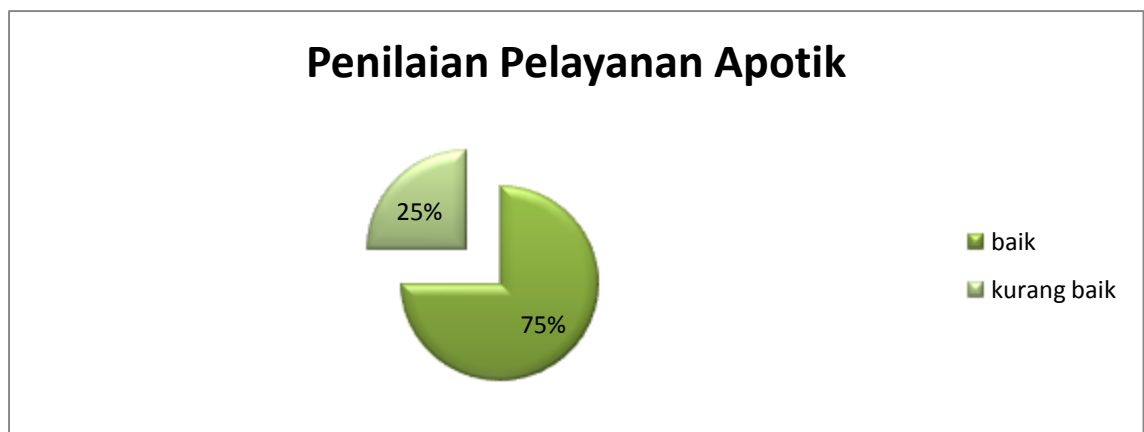
4.3.13. Penilaian pelayanan laboratorium

Sekitar 62,5% responden menilai pelayanan laboratorium baik, tepat waktu dan cepat. Namun sekitar 35% responden menilai kurang baik (kurang perhatian dan hasilnya lama dalam pelayanan laboratorium). Sebanyak 2,5% responden tidak menjawab.



4.3.14. Penilaian pelayanan apotik

Penilaian responden terhadap pelayanan apotik menyatakan bahwa 75% responden menyatakan baik (baik, cepat dan ramah dalam melayani). Namun 25 % responden menyatakan pelayanan kurang baik (kurang perhatian, lama dan penjelasan kurang).



4.3.15. Harapan responden terhadap bentuk pelayanan

100% responden mengharapkan tidak ada diskriminasi pelayanan antara pengguna JAMKESMAS dan non-JAMKESMAS.

4.3.16. Harapan responden terhadap pelayanan

Sebanyak 97,5% responden mengharapkan pelayanan yang lebih baik, tidak dibeda-bedakan dan ramah. Sedangkan 2,5% responden tidak menjawab.

4.3.17. Harapan pelayanan di loket

Responden mengharapkan bahwa pelayanan di loket di rumah sakit maupun di puskesmas dapat memberikan informasi yang jelas, ramah, pelayanan cepat dan teratur, tidak mempersulit pasien, dan membuat bingung pasien.

4.3.18. Harapan pelayanan dokter

Responden mengharapkan dokter dalam melayani pasien dapat memberikan arahan yang cukup, ramah, sabar dan telaten, mau mendengar keluhan, periksa intensif, mau memotivasi pasien agar cepat sembuh, teliti, dan tidak membeda-bedakan pasien.

4.3.19. Harapan pelayanan perawat

Harapan responden terhadap pelayanan perawat agar dapat memberikan pelayanan yang memuaskan, bersikap ramah, sabar, dan tidak membeda-bedakan pasien.

4.3.20. Harapan pelayanan apotik

Pelayanan apotik diharapkan dapat melayani pasien JAMKESMAS dengan baik, cepat, tepat dan memberikan penjelasan yang cukup mengenai obat.

4.3.21. Harapan layanan laboratorium

Terhadap pelayanan laboratorium responden mengharapkan dapat

dilayani sebaik mungkin, hasil tes lebih tepat, cepat dan tidak membedakan pasien.

4.4. Analisa Hasil Wawancara

Hasil analisa secara diskriptif tentang kuesioner pada 215 responden peserta JAMKESMAS yang memanfaatkan kartu JAMKESMAS di Kota Mojokerto (RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo dan Puskesmas Kota Mojokerto),

1. Tingkat prosedur pelayanan. Meliputi penjelasan mengenai cara penggunaan kartu JAMKESMAS oleh petugas loket, persyaratan memanfaatkan kartu JAMKESMAS (kartu keterangan miskin atau dokumen lain), waktu yang dibutuhkan dalam melengkapi persyaratan penggunaan kartu JAMKESMAS. Sebagian besar responden menilai cukup sebanyak 92,5% responden. Sisanya menilai baik sebanyak 7,5%. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa prosedur pelayanan JAMKESMAS terutama tentang prosedur administrasi di loket penerimaan pasien JAMKESMAS adalah cukup. Hal tersebut dikarenakan petugas yang telah menjelaskan prosedur penerimaan pasien baru, prosedur pelayanan mudah dan tidak berbelit-belit. Namun demikian masih terdapat beberapa responden yang merasa tidak mendapat penjelasan dari petugas karena dianggap responden tersebut telah memahami persyaratan administrasi tentang penggunaan kartu JAMKESMAS, masih dijumpainya pelayanan petugas yang kurang ramah, kurang perhatian, dan pelayanan kurang cepat.
2. Tingkat penilaian terhadap pelayanan JAMKESMAS di RS yang meliputi penilaian responden terhadap prosedur di loket, UGD, rawat jalan, rawat inap, laboratorium/radiologi, apotik rumah sakit, ruangan rawat jalan dan inap, serta pendapat tentang program JAMKESMAS. Sebagian besar responden menilai bahwa pelayanan JAMKESMAS pada beberapa tempat pelayanan tersebut adalah baik sebesar 75% responden. Sedangkan sebesar 25% responden memberikan penilaian cukup. Hal tersebut bisa dikarenakan pelayanan yang diterima oleh responden beragam mulai dari

loket penerimaan pasien baru, rawat jalan, rawat inap dan lainnya. Beberapa penilaian yang masih perlu diperhatikan kaitannya dengan pelayanan diantaranya pelayanan kurang ramah, waktu lama, ruangan kurang nyaman (kamar mandi dan ruangan kurang bersih, gaduh dan merasa di nomorduakan).

3. Tingkat mutu pelayanan JAMKESMAS di RS. Mutu pelayanan meliputi Realibility di loket UGD, rawat inap dan rawat jalan, Assurance di loket, rawat jalan dan rawat inap, Tangible di loket dan rawat inap, Emphaty di loket dan rawat inap, dan Responsiveness diloket dan rawat inap. Sebagian besar responden mengatakan cukup sebesar 72,5% dan responden mengatakan baik sebanyak 27,5%. Kondisi tersebut dapat dikarenakan semua petugas yang terlibat baik diloket, rawat jalan dan rawat inap adalah mampu menjelaskan dengan baik tentang program JAMKESMAS, memberikan pelayanan tepat waktu, ramah, dan tidak membedakan dengan pasien lain diluar peserta JAMKESMAS.
4. Dampak program Jamkesmas terhadap ekonomi dan sosial masyarakat. Secara ekonomi dari 20% responden merasa sangat terbantu dan 65% merasa terbantu dengan adanya program Jamkesmas ini, karena sudah tidak perlu memikirkan biaya pengobatan lagi. Sedangkan 15% responden masih merasa belum terbantu dengan adanya program Jamkesmas ini, hal ini dikarenakan masih tingginya biaya kebutuhan hidup yang harus ditanggung. Secara sosial, 80% responden merasakan tidak ada dampak sosial yang dialami berkaitan dengan mengikuti pelayanan Jamkesmas ini, namun terdapat 17,5% merasakan ada dampaknya karena merasa dinomorduakan dalam pelayanan.
5. Harapan terhadap pelaksanaan JAMKESMAS. Dari beberapa unit pelayanan Jamkesmas para responden memberikan masukan-masukan mengenai pelayanan diantaranya meliputi pelayanan loket, dokter, perawat, petugas laboratorium dan apotik. Berikut beberapa harapan responden adalah pelayanan yang baik, ramah, informasi yang jelas, memberikan motivasi pasien agar cepat sembuh, tidak membeda-bekan pasien, layanan tepat waktu dan layanan lebih prima.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 5

5.1. Kesimpulan

Dengan memperhatikan hasil analisa dari Bab 4, maka dapat ditarik kesimpulan berdasarkan dari tujuan penelitian ini adalah:

1. Sebagian besar responden/masyarakat sudah merasa cukup puas dengan pelayanan Jamkesmas selama ini. Hal ini dikarenakan, **pertama** masyarakat telah menilai bahwa prosedur pelayanan Jamkesmas di semua unit pelayanan (loket, UGD, rawat jalan, rawat inap, laboratorium dan apotik) baik di rumah sakit maupun Puskesmas mudah, cepat, tidak berbelit-belit dan mendapat informasi yang cukup. **Kedua**, dari segi pelayanan di semua unit pelayanan masyarakat sudah merasakan pelayanan yang ramah, cepat, tidak ada perbedaan dengan pasien non Jamkesmas, dan memuaskan. **Ketiga**, dengan mengikuti program Jamkesmas ini masyarakat mendapat dampak yang positif, dari segi ekonomi, masyarakat merasa sangat terbantu karena meringankan dari segi pembiayaan. Sedangkan dari segi sosial masyarakat merasakan tidak adanya perbedaan pelayanan antara pasien Jamkesmas maupun pasien non-Jamkesmas.
2. Masih ditemukannya beberapa kendala dalam pelayanan Jamkesmas yang dikeluhkan oleh sebagian kecil responden. Beberapa kendala tersebut meliputi ruang rawat inap kurang bersih, terlalu banyak pasien dan kamar mandi kurang bersih.
3. Beberapa harapan yang dikemukakan oleh responden berkaitan dengan pelayanan Jamkesmas diantaranya pelayanan lebih prima,

layanan baik, ramah, tepat waktu dan memberikan informasi yang sesuai.

5.2. Rekomendasi

1. Rekomendasi Evaluasi Relevansi Kebijakan :

- Melakukan kajian terhadap daya tampung rumah sakit PEMKOT dalam menerima pasien JAMKESMAS. Dengan melihat jumlah Tempat Tidur yang telah dimiliki oleh RS dr. Wahidin Sudiro Husodo, dan pelayanan yang diberikan kepada semua lapisan masyarakat tidak hanya pasien JAMKESMAS maka sangat perlu untuk penambahan Tempat Tidur dalam waktu yang tidak begitu lama. Konsekuensinya adalah penambahan Tenaga Medis dan Paramedis
- Melakukan evaluasi terkait kesesuaian ada tidaknya visi-misi JAMKESMAS dalam visi-misi PEMKOT, sebagai landasan dasar pelaksanaan program JAMKESMAS di Mojokerto. Karena Rumah Sakit dan Puskesmas diharapkan tidak membedakan pelayanan yang diberikan kepada pasien JAMKESMAS dan bukan JAMKESMAS, maka perlu sosialisasi yang intens kepada semua petugas kesehatan yang ada di Rumah Sakit dan Puskesmas.

2. Rekomendasi Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan :

- Melakukan kajian SOP terkait JAMKESMAS di rumah sakit dan Puskesmas PEMKOT, dan melihat relevansinya dengan tujuan diadakannya JAMKESMAS. Meskipun SOP sudah ada sangat perlu untuk disosialisasikan kepada masyarakat terutama pemegang kartu JAMKESMAS melalui Kecamatan atau Kelurahan setempat.

3. Rekomendasi Evaluasi Dampak

- Instansi yang berwenang untuk penyusunan indikator agar membuat kriteria *impact* segi ekonomi dan kriteria *impact* segi sosial sehingga dapat dijadikan evaluasi untuk perencanaan tahun berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

_____, 1996, Seri PKMD, 3, Toga Usila Dana Sehat Saka Bhakti Husada, Investasi Spesifik Peran Serta Masyarakat, Departemen Kesehatan RI, Jakarta

_____, 2000, Rencana Strategis Dinsa Kesehatan Jawa Timur 2004-2008, Dinas Kesehatan Jawa Timur, Surabaya

_____, 2003, Kebijakan dan strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

_____, 2004, Sistem Kesehatan Nasional, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Aan Majchrzak, Metode For Police Research, Sage Publication Beverly Hills, London, 1984

Azrul Azwar, 1988, Pengantar Administrasi Kesehatan, Binarupa Aksara, Jakarta

Benyamin Lumenta, 1989, Hospital, Citra, Peran dan Fungsi, Tinjauan Fenomena Sosial, Kanisius-Yogyakarta.

Benyamin Lumenta, 1989, Pelayanan Medis, Citra, Konflik dan Harapan, Tinjauan Fenomenan sosial, Kanisius Yogyakarta.

Ehrenreich Barbara dan Ehrenreich John, 1977, The American Health Empire, Power, Profits and Politics, Random House, New York

H.J.J Leenen dan P.A.T Lomintang, 1991, Pelayanan Kesehatan dan Hukum, Bina Cipta Bandung.

Laksono, T.Siswanto A.W., 1985, Desentralisasi Sistem Kesehatan, Gajah Mada University Press.

Nasrur Effendy, 1998, Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Soemartono et al, 1986, Evaluasi Pelaksanaan Stratifikasi Puskesmas di Indonesia, Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Indrapura, Surabaya.

Sugiyono, 1999, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Surabaya.

Vanghan, P, et al, 1985, The Importance of Desentralisasi Managemen, World Health Forum.